Aus der II. Univ. Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe München
(Direktor: Univ. Prof. Dr. Otto Eisenreich)

Bericht

über einen Fall von spontaner Zerreißung der Symphyse bei normaler Geburt

(beobachtet in der Privatklinik des Referenten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt
und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Fritz Rometsch

München 1935

Aus der II. Univ. Klinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe München
(Direktor: Univ. Prof. Dr. Otto Eisenreich)

Bericht

über einen Fall von spontaner Zerreißung der Symphyse bei normaler Geburt

(beobachtet in der Privatklinik des Referenten)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt
und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Fritz Rometsch

München 1935

Eine 22 Jahre alte Erstgebärende, Gymnastiklehrerin, kommt mit starken Wehen in die Klinik. Die Patientin ist 1,70 Meter groß und zeigt einen ihrem Beruf entsprechenden, kräftigen, durchtrainierten Körper. Aus der Anamnese geht hervor, daß sie sich in der Schwangerschaft immer wohl gefühlt hat und früher nie ernstlich krank war. Die äußere Messung des Beckens ergibt normale Verhältnisse. Die Conjugata diagonalis ist nicht meßbar. Das Kind befindet sich in 1. Schädellage und scheint etwas groß zu sein. Die kräftigen Wehen dauern den ganzen Tag, doch geht viel von ihrer Kraft verloren, da die Patientin sich fast bei jeder Wehe auf den Bauch wirft, die unvernünftigsten Anstrengungen macht und sich sehr unruhig verhält. 12 Stunden nach der Aufnahme ist der Muttermund handtellergroß, der Kopf steht mit seinem größten Umfang in der parallelen Beckenweite und es läßt sich eine mäßige Kopfgeschwulst feststellen. Wegen der großen Unruhe erhält die Patientin Dilaudid und anschließend Hypophysin. Hierauf treten kräftige, regelmäßige Wehen ein und nach weiteren 2 Stunden ist der Kopf sichtbar. In diesem Zeitpunkt erfolgt plötzlich ein lautes Krachen, das von sämtlichen, bei der Geburt anwesenden Personen gehört wird. Der Kopf tritt rasch durch und das Kind läßt sich leicht entwickeln. Placenta nach 10 Minuten spontan. Die Patientin klagt über starke Schmerzen in der Symphysengegend, die besonders heftig sind beim Bewegen der Beine. Die sofortige äußere Untersuchung ergibt starke Druckschmerzhaftigkeit der Symphyse bei der direkten Betastung und bei seitlicher Kompression des Beckens, ferner ausgesprochenen Stauchungsschmerz. Bei der inneren Untersuchung kann man deutlich ein starkes, fast 2 Querfinger breites Klaffen der Symphyse feststellen. Die Beine sind etwas nach außen rotiert. Die Symphyse war also beim Einschneiden des Kopfes gesprengt. Eine Komplikation durch Weichteilverletzung oder durch Schädigung von Blase und Urethra ist nicht eingetreten, auch war kein Zeichen für die Entstehung eines größeren Hämatoms vorhanden. Der weitere Verlauf war folgender: Das Becken wurde mit einem um das ganze Becken herum-

laufenden Heftpflasterverband fixiert. Das Wochenbett verlief fieberfrei. Beim Umbetten klagte die Patientin anfangs über ziemliche Schmerzen in der Symphysengegend, konnte aber bereits vier Wochen nach der Entbindung das Bett verlassen und vorsichtige Gehversuche machen. Der Gang war normal, nicht watschelnd. Eine nunmehr angefertigte Röntgenaufnahme zeigte immer noch eine Diastase der beiden Schambeine von 1,8 cm ohne Aussparungen und ohne zackigen Befund am Rand des Knochens, sowie ein stärkeres Klaffen der Sacro-iliacalgelenke links mehr als rechts. Der Symphysenspalt ist, was sich bei der inneren Untersuchung feststellen läßt, mit enem sehr straffen Gewebe ausgefüllt, das der Symphyse eine solche Festigkeit verleiht, daß es fast volle Funktion einer normalen Synchondrosis übernimmt.

Die Ruptur ist also spontan eingetreten, ohne daß irgend ein besonderes Trauma auf die Symphyse eingewirkt hat, wie es manchmal durch lange Anwendung der Walcher'schen Hängelage oder dur chZange am hochstehenden Kopf hervorgerufen wird. Da das Kind sehr groß (Länge 53 cm, Gewicht 4000 g, größter Kopfumfang 39 cm) das Becken jedoch völlig normal war, kann man wohl annehmen, daß wenigstens ein geringgradiges Mißverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichen Becken bestanden hat. In Anbetracht des außerordentlich seltenen Vorkommens dieses Falles — nach der Literatur fällt auf 10000 bis 30000 Geburten eine Spontanruptur (Mandruzzato) (7) — sahen wir uns veranlaßt, in der Literatur nach ähnlichen Fällen zu forschen und Beobachtungen, die zur Klärung dieses Zerreißens der Schoßfuge angestellt wurden, zusammenzustellen.

Eine grundlegende Arbeit hierüber besteht von H. Eymer und F. J. Lang: „Anatomische Untersuchungen der Symphyse der Frau im Hinblick auf die Geburt und klinische Deutung der Befunde" (4). Die beiden Autoren vertreten auf Grund klinischer Wahrnehmungen die Auffassung, daß der Beckenring sich während der Geburt erweitert und daß die alte Ansicht, der Beckenring sei ein festes, unveränderliches System, nicht richtig ist. Man kann z. B. durch Betastung feststellen, daß unter dem Wehendruck die Eminentia retropubica niedriger und flacher und der Schamfugenzwischenknorpel breiter wird. Die Wahrnehmung steht mit der Feststellung in Zusammenhang, daß die Eminentia retropubica in der Gravidität „wächst". Daß nach stattgehabter Geburt das Becken dauernd, wenn auch geringgradig erweitert ist und daß eine darauffolgende Geburt, selbst wenn das Kind größere Kopfmaße aufweist, besser verläuft, ist eine altbekannte

Tatsache. Dies läßt darauf schließen, daß nicht nur der Wegfall der Weichteilschwierigkeiten, sondern sicher auch eine günstigere Einstellung bei dem etwas weiter gewordenen Becken den Geburtsverlauf erleichtert hat. Die Autoren schreiben, daß die landläufige Meinung, die Bänder würden durch Zunahme der Succulenz dehnbar oder dehnbarer, falsch ist. Denn durch Flüssigkeitseinlagerung in ein Gewebe wird letzteres gerade weniger dehnbar. Die von Fick gefundenen, schon makroskopisch sichtbaren Spaltbildungen im Sacro-ilialcalgelenk und in der Symphyse lassen die Erweiterung sehr gut möglich erscheinen. Die Symphyse stellt einen Uebergang zwischen Synchondrose, Knorpelhaft und echtem Gelenk, ein sogenanntes Halbgelenk dar (Luschka) (4). Im Gegensatz zu einem echten Gelenk hat die Knorpelhaft eine bestimmte Gleichgewichtslage, in die sie nach jeder Gleichgewichtsveränderung sofort zurückfedert. Ein medianer Spalt ist, wie erwähnt, im hinteren oberen Teil der Symphysis ossium pubis konstant vorhanden. Er entsteht offenbar durch funktionelle Beanspruchung im zweiten Lebensjahr durch Beanspruchung beim Gang. Infolge dieser Höhle in der Synchondrosis ossium pubis ist eine Entfernung der Knochenenden von einander möglich. Dies ist bei echten Gelenken wegen der bestehenden Muskelbrücken unmöglich. Die Funktion des Kreuzdarmbeingelenkes, in dessen unteren Teil sich ebenfalls eine Gelenkhöhle befindet, fassen die Autoren so auf, daß in dem Gelenk während des Geburtsaktes eine Drehung stattfindet, wobei die Ligamenta sacro-iliaca posteriora und das Ligamentum sacro-iliacum-interosseum zusammengedrückt werden. Die Hüftbeine drehen sich außen um die hintere Endkante der Gelenkhöhle. Dadurch kann also genau die Bewegung ausgeführt werden, die durch die Weiterstellung in der Symphyse gefordert wird. Die Voraussetzung für diese Bewegung ist lediglich die Dehnbarkeit der vorne vor der Gelenkhöhle der Synchondrosis sacroiliaca liegenden relativ schwachen Bänder. Kreuzschmerzen in den letzten Wochen der Schwangerschaft dürften in eben diesem Vorgang ihre Erklärung finden (Holzbach) (5). Da man bei aufmerksamer Untersuchung relativ häufig „polsterartige, niedrig kuppelförmige" Hämatomreste vor dem Kreuzdarmbeingelenk im Becken liegend findet, geht hervor, daß die Dehnbarkeit dieser Bänder nicht immer den Anforderungen genügt. Manche unverständliche Temperatursteigerung dürfte der Resorption so entstandener Hämatome zuzuschreiben sein (Holzbach) (5). Die alte Ansicht, daß die Gelenkflächen des Kreuzdarmbeingelenks unter Dehnung der Bänder auseinanderweichen, wird von den Autoren auf Grund der anatomischen Verhältnisse nicht vertreten.

An den Symphysen von 17 Frauen wurden nun genaue mikroskopische Untersuchungen vorgenommen und zwar an Hand großer Uebersichtsschnitte, die den örtlichen Zusammenhang und die kausalen Beziehungen der in der anatomischen und funktionellen Einheit des „Beckengelenksystems" sich findenden Gewebsabänderungen erkennen lassen. Sie ergaben erstens die genau median liegende Symphysenhöhle und zweitens andere irreguläre, meist in der Mehrzahl vorhandene, zur Symphysenhöhle quer- oder parallel liegende Spaltbildungen. Wie Kontrolluntersuchungen, die an Becken von Männern angestellt wurden und Frauen, die nicht geboren haben, gezeigt haben, finden sich diese sekundären Spaltbildungen bei weitem am stärksten nach der Geburt. Die Ausbildung der Symphysenhöhle sowie das Entstehen von sekundären Spaltbildungen wird aber auch überhaupt bei der Beanspruchung der Symphyse durch den auf ihr lastenden Druck und durch die Bewegung, wie sie durch den Gang gegeben wird, begünstigt. Kommt es im Verlauf einer Geburt aus irgend einem Umstand zur Erweiterungsnotwendigkeit der Symphyse, so wird die Erweiterungsfähigkeit der Knorpelhaft besonders bei jugendlichem, elastischen Gewebe genügen. Bei Mehrbelastung, wie sie durch den stärkeren Bauchdruck bei älteren Individuen und besonders in der Schwangerschaft gegeben ist, kommen Rißbildungen in der Knorpelscheibe um so leichter zustande, je stärker das Gewebe durchfeuchtet ist. Die größte Anforderung dürfte wohl unter der Geburtt an die Knorpelscheibe der Symphyse gestellt werden, indem ein sehr beträchtlicher Druck durch den Kopf keilartig auf dem Beckenring einwirkt, um eine Verlängerung des geraden Durchmessers der oberen Beckenpartien entsprechend dem querovalen Beckeneingang zu erreichen. Da der Beckenring median hinten geschlossen ist, werden lediglich die knöchernen Enden der Symphyse zum Auseinanderweichen gezwungen. Da ferner dieser Vorgang relativ rasch vor sich geht, kann sich die Elastizität des Gewebes jedenfalls nicht genügend auswirken und es kommt so zu mehr oder weniger beträchtlichen Zerreißungen im Symphysenknorpel, genau so wie beim Durchtreten des Kopfes durch den Muttermund, dessen Gewebe über die Elastizitätsgrenze (oder zu rasch) beansprucht wird und einreißt. Die Reaktion des umgebenden Gewebes durch die verschiedenartigen Veränderungen im Symphysenknorpel offenbart sich in Befunden der Vaskularisation und Ossifikation des Knorpels der Symphyse (vom subchondralen Knochen aus) mit ausgesprochener Randwulstbildung, kurz im Sinne der sekundären Osteoarthritis, was wiederum für die Gelenknatur der Symphyse spricht.

Röntgenologische Beobachtungen der Symphyse sind ebenfalls angestellt worden und zwar von v. Brehm, Wagner und H. v. Weirauk (1). Die Verfasser haben bei 64 Kreißenden mittels Röntgenbildes die Symphyse während der Geburt beobachtet, und dabei gefunden, daß bei 25 Fällen, also 46,29 Proz. die Verhältnisse normal waren. 15 Fälle, gleich 27,77 Proz., zeigten eine geringe Trennung von 0,5 bis 0,9 cm. 13 Fälle, 24,07 Proz. wiesen eine Trennung von 0,9 bis 2 cm auf und ein Fall, 1,85 Proz., sogar mehr als 2 cm Trennung der Symphysenenden auf. Auf Grund dieser röntgenologischen Erfahrungen halten die Verfasser eine Schädigung der Symphyse während der Geburt für ein relativ häufiges Vorkommnis.

Kehrer teilte die Schamfugenzerreißungen in Grade ein (9) und zwar faßte er unter den 1. Grad die überaus beweglichen Gelenke zusammen, unter den 2. Grad partielle Zerreißungen des Bandapparates der Symphyse und unter den 3. Grad die komplette Zerreißung der Symphyse. Eine Gruppe kann in die andere übergehen und zwar dadurch, daß die Verletzung sich vergrößert, meist im Wochenbett bei einer schnellen Bewegung oder beim Aufstehen, wenn die Kranke sich auf einen Fuß stellt. Klinische Symptome macht der 1. Grad nicht. Beim 2. Grad treten Schmerzen über der Symphyse auf, wenn der Patient sich in Seitenlage begibt, die Beine beugt, in Walcher'sche Hängelage gebracht wird oder dergleichen. Blasenbeschwerden, ja sogar Zerreißungen von Blase und Urethra können bei Fällen 3. Grades auftreten.

Tierversuche am Meerschweinchen beweisen, daß sich der Bandapparat der Schoßfuge während der Geburt stark dehnt. Nach erfolgter Geburt verschwindet diese Dehnung wieder, jedoch bleibt das Gelenk etwas beweglich, wogegen es bei nicht gebärenden Tieren stets schmal und gespannt bleibt (Blaud-Sutton) (9). Eine gewisse Dehnung kommt auch beim Menschen vor und das bedeutet ein paar qcm Raumgewinn in der Beckeneingangsebene (Löschke) (9).

Die disponierenden Momente und die unbedingten Voraussetzungen für die Zerreißung der Symphyse sind: Konstitutionelle Besonderheiten im Körperbau, besonders des Beckens, pathologische Veränderungen des Knochen-Knorpel-Bandapparates, die nicht selten nach Tuberkulose, Lues und Osteomalacie beobachtet werden, vor allem die physiologischen Lockerungen des Bandapparates während der Schwangerschaft (Bublicenko) (2). Weiter prädisponieren dazu Mehrlingsschwangerschaften, Frakturen und

Traumen des Beckens. Bei fast allen in der Literatur beschriebenen Fällen fanden sich solche disponierenden Ursachen, während die Ruptur selbst vorwiegend durch leichtes Mißverhältnis zwischen Becken und einem stark verknöcherten kindlichen Kopf bedingt war. Nach einer Zusammenstellung Kehers aus dem Jahr 1914 und der Durchsicht der Literatur durch Hornung existierten bis 1922 etwa 110 beschriebene Fälle von Symphysenruptur (Hornung) (6). Hiervon fallen ungefähr 83 Proz. operativer Beendigung der Geburt zur Last, worunter die Zange am hochstehenden Kopf ein besonderes Schuldkonto aufzuweisen hat. In einem Sechstel der Fälle ist die Ruptur bei Spontangeburten erfolgt. Bei ungeschicktem Zangengebrauch und sehr starker Kraftentfaltung, wobei die Zange wie ein Hebel auf der Symphyse als Stützpunkt liegt, kann diese reißen. Doch kann das Becken nach Delore einen Druck von fast 200 kg aushalten (Perazzi) (8). Einige Autoren schreiben bei Entstehung der Schamfugenverletzung auch der Walcher'schen Hängelage eine Rolle zu. Wenn dies möglich ist, so kann nach Kubini's (9) Meinung auch umgekehrt bei starker Beugung der Schenkel und kräftiger Bauchpresse — wie das in der Austreibungsperiode zu geschehen pflegt —, die Schamfuge verletzt werden. Die Erklärung wäre folgende: bei starker Beugung der Schenkel beim Pressen werden die horizontalen Aeste der Schambeine durch die Muskuli recti stark aufwärts gezogen. Die Darmbeinschaufeln mit Symphyse rollen am Kreuzbein aufwärts. Während dieser Bewegung des Beckengürtels verschieben sich die sacro-iliacalen Gelenkflächen gegeneinader. Wenn man diese Bewegung an einem knöchernen Beckenpräparat ausführt, so wird ersichtlich, daß analog der Walcher'schen Hängelage nur umgekehrt die Spannung in der Symphyse wächst und das Gelenk sich öffnet. Die nähere Ursache dafür liegt in der Unebenheit der Facies aurikularis der Hüftbeine. Während der Aufwärtsbewegung rutscht das Hüftbein an einem vorspringenden Teil des Kreuzbeinflügels vorbei, wodurch sich die Schamfuge öffnet. Wenn im selben Moment auch noch die spannende Kraft des rasch durchtretenden Kopfes zur Geltung kommt, wird das Auseinanderweichen der Schamfuge leicht verständlich. Man kann wohl annehmen, daß es bei dem von uns beschriebenen Fall der Gymnastiklehrerin durch das dauernde Training des ganzen Körpers zu einer Vergrößerung der Symphysenhöhle und zu den von Eymer und Lang beschriebenen sekundären Spaltbildungen gekommen ist und daß somit die prädisponierende Ursache für die Ruptur gegeben war. Während das elastische Schamfugengewebe in normalen Zeiten stärkeren Beanspruchungen standhielt, war jetzt infolge

der durch die Schwangerschaft bedingten physiologischen Auflockerung und Durchfeuchtung einer so starken Dehnung nicht mehr gewachsen und mußte deshalb zerreißen. Die unmittelbare Ursache zur Ruptur dürfte in dem leichten Mißverhältnis zwischen dem etwas großen Kopf des Kindes und mütterlichem Becken zu suchen sein. Sicher trugen die unvernünftigen Anstrengungen der Patientin während der Eröffnungsperiode und der kräftigen Wehen insbesondere der Bauchpresse, die gerade bei ihr sehr entwickelt war, zu einer Schädigung des Symphysenknorpels mit bei. Daß es zu einer solchen Läsion der Symphyse auch schon während der Schwangerschaft kommen kann, nehmen auch W. Szenwic und M. Taubenhaus (10) an. Sie beschreiben einen Fall, bei dem es bei einer 24jährigen Schneiderin (I-para) 10 Tage nach der Geburt zur Schoßfugenzerreißung kam, als sie zum erstenmal das Bett verließ. Die Verfasser nehmen in diesem Fall einen Berufsschaden an, eine übermäßige Mobilisierung der Schamfuge hervorgerufen durch das Arbeiten an einer Nähmaschine mit Fußbetrieb. Aus diesem Grunde verbieten sie ihren Schwangeren in den letzten Monaten der Gravidität, mit solchen Maschinen zu arbeiten. Die Tatsache, daß viele Patientinnen in der letzten Zeit der Schwangerschaft bei langem Stehen Schmerzen in der Symphyse bekommen, weist auf die Möglichkeit solcher Läsionen in der aufgelockerten Schoßfuge hin. Die Verschieblichkeit der Gelenkenden kann man durch die innere Abtastung bei der gehenden und stehenden graviden Frau oft feststellen (Perazzi) (8). Während leichte Bandverletzungen meist nicht in Erscheinung treten, bleibt eine Zerreißung 3. Grades selten unbemerkt. Oft stellt sich der Moment des Bruches so dar, daß nach einem krachenden Geräusch der kindliche Kopf rasch durchtritt. Die Patientinnen äußern heftige Schmerzen in der Symphyse und haben das Gefühl, daß „innerlich etwas zerrissen sei". Bei anderen Fällen treten die Schmerzen erst bei Bewegungen auf. Das Klaffen der Schoßfuge ist sowohl durch innere als auch durch äußere Betastung festzustellen. Häufig tritt auch eine lokale Schwellung auf durch ein Hämatom. Seitliche Kompression des Beckens und Bewegung der Beine sind schmerzhaft. In Fällen mit sehr starker Diastase wurde sogar Außenrotation der Beine beobachtet. Röntgenologisch zeigt sich nur eine abnorme Breite der Symphyse. Es sind Fälle beschrieben, bei denen es nicht nur zum Auseinanderweichen der Symphyse, sondern auch zur Zerreißung von Blase und Urethra mit all deren Folgen kam. Allerdings fand ich diese Komplikation nur in den Fällen beschrieben, bei denen eine Zangenentbindung zur Ruptur führte.

Die Behandlung der Symphysenruptur besteht in möglichst guter Annäherung der auseinandergewichenen Schambeinäste und Ruhigstellung des ganzen Beckenrings. Dies kann erreicht werden durch einen Heftpflasterverband, den wir in unserem Fall angewandt haben, oder durch einen Zugverband, wie er aus der Behandlung der Beckenringbrüche genügend bekannt ist. Meist wird man auf diese Weise schon nach einigen Wochen ein gutes Resultat erzielt haben. Auf eine Fixation der beiden Schambeinäste mittels Drahtnaht oder eine operative Beseitigung des Spaltes ist wenigstens in den ersten Wochen unbedingt zu verzichten. Sie brächte nur die Gefahr einer Infektion oder einer deformierenden Kalluswucherung mit sich, die für spätere Geburten ein Hindernis bedeuten und die vorteilhafte Erweiterung zunichte machen würde. Sollte sich jedoch nach Monaten eine hochgradige Pseudarthrose verbunden mit schwerer Gehstörung daraus entwickeln, so wird die Operation schwerlich zu umgehen sein. Vereiterte Hämatome, Urinphlegmonen, Blasenscheidenfisteln und dergleichen sind nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen zu behandeln. Die Prognose ist in diesen Fällen schlecht, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen wird. Wegen eventueller Blasenstörung empfiehlt P e r a z z i (8) in den ersten Tagen Urotropin und zweimalige Katheterisierung pro Tag. Er schreibt ferner, daß der Heilverlauf dauernd zu überwachen ist, da oft die Enden wieder auseinanderweichen und so eine Pseudarthrose entstehen kann. Auch läßt sich nach seiner Meinung eine gewisse Prophylaxe treiben, indem man bei disponierten Frauen während der Geburt Lagen mit Ueberextension und Ueberflexion vermeidet und die Geburt in Seitenlage macht. D u n z e r (3) mißt der frühzeitigen Diagnose der Symphysenruptur gewisse Bedeutung bei, weil auf die anfangs partielle Zerreißung unter der Geburt oft eine zweite weitergehende im Wochenbett beim Umbetten oder Aufstehen erfolgen kann.

In der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe ich 16 Fälle von Symphysenruptur bei Spontangeburten und ungefähr 40 solcher Fälle bei Zangengeburten gefunden. Von den Zerreißungen der Symphyse bei normalen Geburten entfallen 9 auf Erstgebärende, darunter eine Zwillingsgeburt, 5 auf Mehrgebärende, darunter ebenfalls eine Zwillingsgeburt. Bei diesen 16 Fällen — 15 Schädellagen, 1 Steißlage — befand sich nur einer mit engem Becken, alle übrigen zeigten normale Verhältnisse, abgesehen von kleineren Mißverhältnissen zwischen einem etwas großen Kind und mütterlichem Becken. Blasen- und Urethraverletzung wurde, wie

oben erwähnt, bei keinem dieser Fälle beobachtet, jedoch schreibt Holzbach (5) von einem Fall, bei dem 2 Stunden nach der Geburt Zeichen einer inneren Blutung festgestellt wurden, die, noch ehe eine Operation vorgenommen werden konnte, zum Tode führte. Die Sektion ergab eine 2 Querfinger breit klaffende Symphyse mit Zerreißung des ganzen Bandapparates und einer beiderseitigen Zerreißung der Synchondrosis sacroiliaca. Auch hier keine Verletzung von Blase und Urethra. Bei 2 Fällen kam es zur Abscedierung des durch die Ruptur entstandenen Hämatoms mit konsekutiver Beckenzellgewebs-Phlegmone. Beide Fälle gingen in Heilung aus. Gehbeschwerden traten in der ersten Zeit bei fast allen auf, doch waren sie spätestens 6 Monate nach der Entbindung völlig verschwunden. Nur von einem Fall wird berichtet, daß nach 7 Monaten bei einer sehr kräftigen 2. Gebärenden noch leichte Verschieblichkeit im Sinne einer Pseudarthrose festzustellen war. Zum Teil wurden auch vorübergehende Blasenstörungen beobachtet, die in einem Fall nachträglich noch zur Entdeckung der Symphysenruptur führten. Im ganzen traten 4 Fälle überhaupt erst während des Wochenbetts in Erscheinung.

Sieht man von dem gewiß einzig dastehenden, von Holzbach beobachteten Fall ab, so kann man die geschlossene Läsion der Symphyse prognostisch unbedingt günstig bezeichnen. Denn die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß sich das zerrissene Schoßfugengewebe bei sachgemäßer Behandlung so gut wie immer durch ein straffes Narbengewebe ersetzt, das einen festen Zusammenhang des Beckenrings gewährleistet und eine vollständige Funktionstüchtigkeit ergibt.

Meist bleibt ein mehr oder weniger breiter Symphysenspalt zurück, doch ist das neue Gewebe selbst bei Diastasen bis zu 2 cm kräftig genug, einen normalen Gang zu garantieren. Die Festigung der Symphyse wird umso rascher und intensiver erfolgen, je jünger das Individuum ist. Es kommt also nach Ruptur in der Regel zu einer völligen Wiederherstellung der Funktion bei bleibender Erweiterung des Beckenrings. So war auch das Endergebnis in unserem Fall. Bei einer Nachuntersuchung 9 Monate nach der Entlassung aus der Klinik ergab sich keine Aenderung des Befundes.

Zum Schlusse sei mir gestattet, Herrn Professor Dr. Otto Eisenreich für die Ueberlassung des Themas ergebenst zu danken.



Eine 4 Wochen nach erfolgter Ruptur angefertigte Beckenaufnahme zeigt immer noch eine Diastase der beiden Schambeine von 1,8 cm sowie ein stärkerer Klaffen der Sacro-iliacal-Gelenke, links mehr wie rechts.

Literatur.

v. Brehm, Wayne and H. v. Weirauk: Separation of the symphysis pubis during labor. Ber. ü. d. ges. Geb. u. Gynäk. Springer, Bd. 15.

Bublicenko: Symphysenruptur während der Geburt. Ber. ü. d. ges. Geb. u. Gynäk. Springer, Bd. 21.

Dunzer: Symphysenruptur unter der Geburt. Arch. f. Gynäk. Bd. 133.

Eymer und F. J. Lang: Anatomische Untersuchungen der Symphyse der Frau im Hinblick auf die Geburt und klinische Deutung der Befunde. Arch. f. Gynäk. Bd. 137.

Holzbach: Ueber spontane Symphysenruptur unter der Geburt. Zentralblatt f. Gynäk. Jg. 49 Nr. 9.

Hornung: Symphysenruptur intra partum. Zentralbl. f. Gynäk. Jg. 46.

Mandruzzato: Del divaricamento della sinfisi pubica in travaglio di parto. Ber. ü. d. ges. Gebhlf. u. Gynäk. Springer, Bd. 15.

Perazzi: Rottura della sinfisi des Pube in travaglio di parto spontaneo. Ber. ü. d. ges. Gebhlf. u. Gynäk. Springer, Bd. 19.

Polgar: Ueber das Entstehen der Schamfugenverletzung. Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 33 S. 1855.

Lebenslauf.

Am 15. Dezember 1909 bin ich, Fritz Rometsch, als Sohn des Reichsbahn-Amtmannes Wilhelm Rometsch in Sigmaringen geboren. Nach Besuch der Volksschule in Calw im Schwarzw. trat ich im Herbst 1919 in das humanistische Gymnasium zu Sigmaringen ein, an dem ich am 15. März 1929 die Reifeprüfung ablegte. Ich studierte sodann Medizin und zwar die ersten 4 Semester in München und das 5. Semester in Würzburg. Nach der am 12. August 1931 bestandenen ärztlichen Vorprüfung studierte ich während der klinischen Semester in Innsbruck (6. Sem.), Graz (7. Sem.), Berlin (8. und 9. Sem.) und zuletzt wieder in München (10. ud 11. Sem.). Am 20. Dezember 1934 bestand ich vor dem Prüfungsausschuß der Medizinischen Fakultät der Universität München die Staatsprüfung. Als Medizinalpraktikant war ich vom 1. Februar bis 31. März 1935 an der 2. Gynäkologischen Universitätsklinik München und vom 1. April bis 30. Juni 1935 am Thüringischen Landesamt für Rassewesen in Weimar und bin jetzt an der 1. Medizinischen Universitätsklinik in München tätig.